

## 18 artículo

Guadalupe Olivera Cañadas [Buscar autor en Medline]  
 Juan José Jurado Balbuena [Buscar autor en Medline]  
 Mariam López Orive [Buscar autor en Medline]



### ¿Dónde están los pacientes y las prácticas de riesgo?.

Ver resumen y puntos clave

Ver texto completo

Volver al sumario

### Texto completo

#### El riesgo asistencial en Atención Primaria/ factores que contribuyen a la aparición de sucesos adversos en una consulta de Atención Primaria.

Los sistemas sanitarios son hoy día muy complejos, esto implica un incremento de riesgo en la asistencia sanitaria. El concepto de riesgo asistencial se define como cualquier situación o factor que, en relación con la asistencia sanitaria practicada, contribuye a aumentar la probabilidad de que los pacientes sufran daños que podrían ser evitables. La investigación encaminada a promover la seguridad del paciente, componente esencial de la calidad asistencial, se ha centrado sobre todo en la atención hospitalaria de los países desarrollados y pocos son los estudios acerca de la seguridad en la atención que se presta en otros entornos como es el de la Atención Primaria.

En nuestro país, el estudio APEAS ha permitido mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente en atención primaria así como valorar la magnitud, trascendencia e impacto de los eventos adversos y las características de los pacientes y de la asistencia que favorecen la aparición de éstos. Pone en evidencia también que la seguridad del paciente tiene gran importancia en atención primaria porque aunque el número de eventos adversos que se producen son menores que los que se producen en la atención hospitalaria y de carácter más leve, el gran volumen de visitas realizadas en el primer nivel hace que en números absolutos, estos eventos adversos sean numerosos.

Cuando se habla de riesgo en general y riesgo asistencial se habla en términos de probabilidad. Conocer dónde están los pacientes y las prácticas de riesgo nos obliga a valorar y analizar los factores que pueden incrementar estos riesgos y que dependen de la interacción de tres elementos que desarrollaremos a continuación:

- Los profesionales sanitarios,
- El entorno asistencial y
- Los pacientes.

#### Factores dependientes del profesional

El profesional sanitario debe evaluar la calidad asistencial del sistema en el que trabaja y esto lo puede hacer como dice Donabedian con dos tipos de enfoques:

- El *enfoque sociométrico*: cuando los médicos buscan atención para ellos y sus familias, expresan con sentido crítico opiniones válidas sobre la capacidad de sus colegas de brindar atención de alta calidad
- El *enfoque autorreferencial* o evaluación que los propios profesionales realizan para juzgar la eficiencia de las organizaciones en las que trabajan.

Por otra parte deben los profesionales, ser conocedores de que algunos aspectos y circunstancias de la práctica asistencial así como algunas formas de trabajo pueden menoscabar la calidad en la asistencia e incrementar el riesgo sanitario para los pacientes como:

- Inexperiencia, aunque ésta es fuente de errores, la experiencia prolongada no parece ser un factor de protección para evitar el error, especialmente cuando se acompaña de un exceso de confianza. Así métodos de trabajo inadecuados, actuaciones rutinarias, sesgos y prejuicios en la forma en que se recoge la información pueden condicionar que las decisiones clínicas que se tomen no sean las más adecuadas.
- Falta de formación continuada: la competencia profesional ha de mantenerse con una adecuada formación continuada en conocimientos y habilidades, especialmente las referidas a la introducción de nuevas tecnologías y procedimientos.
- Toma de decisiones sin base de evidencia científica actualizada.

### bibliografía

1. Berenholtz S.M., Pustavoitau A., Schwartz S.J., Pronovost P.J. How safe is my intensive care unit? Methods for monitoring and measurement. Curr Opin Crit Care. 2007; 13:703-8.
2. Marciano, Beatriz "Utilidad de Indicadores de Seguridad de Atención de Pacientes. Debemos medir lo que hacemos". Disponible en World Wide Web: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar> Octubre 2007
3. Quality Indicators-Guide to Patient Safety Indicators Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2003.AHRQ.
4. Patient Safety Indicators Overview. AHRQ Quality Indicators. February 2006.Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville. Disponible en: [http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi\\_overview.htm](http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi_overview.htm)
5. Mcloughlin V, Millar J, M atke S, Franca M, Jonsson PM, Somekh D and Bates D. Selecting indicators for patient safety at the health system level in OECD countries.International Journal for Quality in Health Care; September 2006: pp. 14-20

Ver más

### enlaces

No hay enlaces de interés



- Inadecuado desarrollo de habilidades de comunicación: la comunicación personal y la entrevista clínica son la principal herramienta de trabajo de un sanitario y favorecen la relación terapéutica centrada en el paciente. Las habilidades en comunicación permiten escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo y comprender el contenido de esa información. Facilitan la relación con los enfermos y sus familias, mejoran incluso aspectos como la adherencia a los tratamientos prescritos y permiten ayudar a los pacientes a tomar decisiones en condiciones de igualdad, aumentando con ello su satisfacción.
- Falta de trabajo en equipo: Todos los componentes del equipo deben asumir unos objetivos comunes y establecer entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y conjunto de sus tareas, basado en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades de acuerdo con la capacitación técnica de los profesionales que lo integran y no en una línea jerárquica vertical.
- Falta de cultura de seguridad: mejora de los conocimientos, actitudes y habilidades relacionados con la seguridad y la prevención, así como el fomento de valores y actitudes positivas al respecto a través de la formación y la incentivación profesional.
- Agotamiento físico y mental: En ausencia de patología aguda o crónica que lo justifique, el cansancio de los profesionales suele deberse a inadecuadas condiciones de trabajo, ambientales y organizativas, que favorecen la sobrecarga, la presión y el estrés, factores que pueden incrementar el riesgo de cometer errores y disminuir la capacidad de respuesta. A ello hay que sumar la falta de reconocimiento por parte de los profesionales, de los propios estados de agotamiento y la falta de costumbre para pedir ayuda al resto del equipo por considerarlo signo de debilidad, falta de formación o experiencia.

### **Factores dependientes del entorno.**

Las características estructurales de los lugares donde se realizan las prestaciones tienen efecto en el proceso de atención. La interrelación de profesionales y pacientes con el entorno, requiere que los componentes de este último, estén diseñados con criterios de seguridad y facilidad de manejo.

A este respecto deberían tenerse en cuenta:

- Condiciones ambientales: unas condiciones adecuadas respecto a nivel de ruido, iluminación, orden y limpieza de las instalaciones, disminuyen la fatiga del profesional, favorecen su confort y el del paciente contribuyendo a una entrevista clínica sin interferencias.
- Recursos materiales adecuados en número y funcionalidad. Mantenimiento y renovación de instalaciones, equipos y tecnología
- Estandarización en el diseño de equipos y dispositivos, utilizando preferentemente aquellos aprobados por organizaciones dedicadas a la normalización y la seguridad.
- Desarrollo de sistemas informatizados de ayuda en la toma de decisiones y que facilitan la prescripción de fármacos y la prevención de errores asociados a la misma

Forman parte también de las características del entorno los aspectos organizativos de la asistencia sanitaria dentro de los cuales debería prestarse atención a:

- Escasos recursos humanos o inadecuada gestión de los disponibles que llevan a la sobrecarga de trabajo de los profesionales en activo
- Inadecuadas condiciones laborales: la falta de participación en la organización de la atención sanitaria y el escaso reconocimiento conllevan desmotivación y agotamiento psicológico. Por otra parte, factores personales, una incentivación considerada insuficiente o la inestabilidad laboral pueden llevar a simultanear distintos trabajos lo que también supone agotamiento físico y mental.
- Falta de apoyo del liderazgo en la seguridad del paciente
- Ausencia de implantación de procedimientos estandarizados y protocolización de actividades.
- Inexistencia de sistemas de comunicación efectivos entre profesionales: inadecuada coordinación Atención Primaria/Atención Especializada.

### **Riesgos dependientes del paciente.**

- Pacientes de mayor edad, en especial si no cuentan con apoyo sociofamiliar que implica que acudan normalmente solos a consulta y no tengan supervisión en seguimiento del plan terapéutico.
- Pacientes pluripatológicos y pacientes polimedicados. En ellos aumenta especialmente el riesgo de interacciones medicamentosas, prescripciones o dosificaciones inadecuadas.

- Dificultad de comunicación en caso de pacientes que hablan otros idiomas pero también en pacientes con deficiencias sensoriales o patologías que dificultan la entrevista clínica. Dificultad de seguimiento de indicaciones en pacientes con bajo nivel educativo.
- Pacientes provenientes de otros países, con costumbres, tradiciones o valores sociales que precisarían estrategias para satisfacer sus necesidades y expectativas en el proceso de atención.
- Pacientes que recurren a la automedicación o a medios terapéuticos alternativos y que no comunican al profesional esta circunstancia pudiendo llevar a confusiones en el diagnóstico y el tratamiento.
- Hiperfrecuentadores: La duración de la exposición al sistema de atención médica puede incrementar los riesgos si se llega a recibir atención innecesaria que no siempre es inocua.

### **Desarrollo de herramientas para identificar riesgos**

Mejorar la seguridad de los pacientes debe ser una prioridad en la política de calidad de los sistemas sanitarios que puede conseguirse a través de la gestión de riesgos. El objetivo debe ser evitar y prevenir que ocurran efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria así como minimizar la exposición a aquellos riesgos que son inevitables.

Para llevar a cabo estas finalidades se requiere de manera previa detectar o identificar los riesgos y por supuesto analizarlos, de tal modo que puedan diseñarse estrategias que los prevengan, generando a su vez una cultura de preocupación por la seguridad del paciente.

La gestión de riesgos debe tener un enfoque epidemiológico, clínico y organizacional, y a su vez estar integrada en los programas de calidad de las instituciones. Por ello se recomienda que quien la ponga en práctica sea un equipo multidisciplinar.

Una vez valorados en el epígrafe previo los factores que en la práctica asistencial contribuyen a incrementar los riesgos, vamos a centrarnos en algunas de las herramientas de uso más frecuente, por su utilidad, para poder identificar dichos riesgos y sus consecuencias en las instituciones sanitarias.

### **Creación de indicadores de seguridad.**

Un indicador es una medida explícita que se usa para determinar el desempeño hacia el progreso de los objetivos; sirve para medir lo que realmente sucede en comparación con lo que se ha planificado en términos de calidad y cantidad. Para que sirva a nuestros intereses debe reunir una serie de características (**tabla 1**).

Un indicador aislado, obtenido una sola vez, puede ser de poca utilidad. En cambio, cuando se analizan sus resultados a través de variables de tiempo, persona y lugar; se observan las tendencias que el mismo puede mostrar evolutivamente. Cuando se combinan con otros indicadores apropiados, se convierten en poderosas herramientas de gestión pues permiten mantener una mirada permanentemente actualizada de la situación, tomar decisiones y verificar si éstas fueron o no acertadas.

Dependiendo del aspecto que pretenden evaluar, los indicadores suelen clasificarse en tres categorías<sup>1</sup>:

- Indicadores de estructura, cuya finalidad es evaluar la cantidad y previsiblemente, la adecuación de los recursos a las necesidades.
- Indicadores de proceso, dirigidos a valorar las actividades desarrolladas.
- Indicadores de resultados, cuya finalidad es considerar si se han conseguido los fines perseguidos.

Cuando se elaboran indicadores, hay que tener en cuenta los siguientes elementos:

- Hay que establecer de forma clara qué tienen que medir: esto será un objetivo concreto o un criterio que a su vez es una característica observable y que debe estar presente en la práctica por ser considerada segura. El criterio debe formularse mediante un enunciado preciso. Ejemplo: "Las benzodiazepinas de larga duración no deben ser usadas en pacientes mayores de 75 años".
- Debe poder expresarse en forma de un índice o relación entre dos magnitudes. Cuando se trata de una relación, ésta se expresa en forma de razón, proporción o tasa. En la razón, la magnitud incluida en el numerador no forma parte del denominador, en tanto que en la proporción o tasa, el numerador está incluido en el denominador. Ejemplo: "nº de pacientes mayores de 75 años con historia activa y con prescripción de benzodiazepinas de acción larga / nº de pacientes mayores de 75 años con historia activa \* 100", "Proporción de pacientes mayores de 75 años con seis o más fármacos a los que se ha revisado el tratamiento en el último año/ nº de pacientes mayores de 75 años en tratamiento con seis o más fármacos".
- Se le debe poner al indicador un valor estándar que evalúe el grado de cumplimiento exigible o aceptable para dicho criterio. Ej. El nº de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con Raloxifeno, Calcitoninas, Bifosfonatos no debe ser mayor de un 8%.
- Por último se desarrollan y validan mediante la recolección de datos.

## **Indicadores de seguridad del paciente/ monitorización de dichos indicadores.**

Los indicadores de seguridad del paciente en la atención sanitaria, deben evaluar de manera periódica y planificada los aspectos relevantes de la asistencia y por ello su diseño estará íntimamente relacionado con el funcionamiento de cada organización. De hecho el consenso que debe existir se ciñe a los criterios y parámetros de medición, pero es difícil que sean universales, ya que cada sitio tiene particularidades propias<sup>2</sup>.

Aun así se dispone, sobre todo, para el medio hospitalario de lo que podríamos llamar paquetes de indicadores en seguridad del paciente. La Agency Health Research and Quality (AHRQ) institución gubernamental de los Estados Unidos dedicada a la calidad asistencial, ha desarrollado entre sus grupos de indicadores, los Patient Safety Indicators (Indicadores de Seguridad de Pacientes) (ISP)<sup>3,4</sup>, enfocados a la medición de complicaciones o eventos iatrogénicos, potencialmente evitables, acaecidos a pacientes tratados en un hospital. Su primera versión fue publicada en 2003 y en la actualidad cuenta con 20 indicadores (**tabla 2**).

En Europa, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE), agrupa en 5 áreas distintas 20 indicadores de seguridad del paciente<sup>5</sup> (**tabla 3**). La Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) también establece una serie de indicadores de seguridad, pero son indicadores centinela que se diferencian del resto de indicadores en que miden la aparición de sucesos infrecuentes y de manifiesta gravedad, que además tienen un marcado componente de evitabilidad, y que por tanto, requieren una investigación puntual.

En nuestro país, ha habido algunas iniciativas para tener indicadores de seguridad del paciente validados a toda la atención sanitaria, algunas de las cuales han sido:

- Validación de los indicadores, que sobre buenas prácticas en seguridad del paciente formuló el National Quality Forum y su medición en los hospitales españoles<sup>6,7</sup>.
- El estudio SENECA publicado en 2009 que ha elaborado cien estándares e indicadores de seguridad en los cuidados de enfermería hospitalaria<sup>8</sup>.
- Actualmente en proyecto el estudio para la identificación de las fuentes de datos disponibles en España que permitan evaluar la validez de criterio de los indicadores que propone la OCDE<sup>9</sup>.

Otras iniciativas llevadas a cabo, se basan en la creación de indicadores de seguridad específicos para determinados servicios de asistencia clínica, como para la UCI o servicios de cirugía o creación de un conjunto de indicadores para determinados procesos como el uso adecuado de fármacos.

No existe un desarrollo genérico de indicadores de seguridad para toda la atención primaria. Lo que sí existe son indicadores de carácter local, basados en buenas prácticas existentes en seguridad del paciente y la mayoría usados para valorar algunos procesos de la práctica médica que se consideran seguros.

## **Sistemas de notificación<sup>10</sup>**

La creación de sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad es una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia. Estos sistemas de registro y notificación recogen información en tiempo real y pueden guiar acciones inmediatas. Para que funcionen se necesita: una cultura de transparencia en la organización, que los profesionales que notifican no se sientan juzgados y que vean las mejoras llevadas a cabo tras la notificación.

Estos sistemas no permiten estimar la frecuencia de eventos adversos y/o incidentes, dado que subestiman los que realmente se producen (el 95% de los eventos no se documentan), aunque sí valen para obtener información sobre la cascada de acontecimientos que llevan a su producción.

Quienes deben notificar son los profesionales sanitarios implicados en la práctica diaria puesto que son ellos los que detectan los problemas, pero deben contar con el apoyo de expertos en la metodología de su análisis y que a su vez puedan difundir las mejoras puestas en marcha.

Son numerosos los sistemas de notificación utilizados en el ámbito sanitario para recoger incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Éstos presentan además, características muy diferentes (**tabla 4**).

España, no dispone de un sistema de registro y notificación nacional de carácter general y los que hay de este tipo son regionales. A nivel nacional tiene sistemas de notificación específicos, como son el EPINE estudio de prevalencia de infecciones nosocomiales, el ISMP o notificación de errores de medicación, y el sistema español de farmacovigilancia.

En atención primaria los sistemas de notificación de incidentes deben ajustarse a las circunstancias particulares y requisitos locales propios y pueden ser gestionados a nivel local o bien transmitirse a entidades de gestión regional o estatal.

Independientemente del ámbito en el que se encuentre un sistema de notificación, para ponerlo en marcha debe primero definirse qué incidentes van a ser reportados por los profesionales. Para ello es necesario contar con definiciones claras y estandarizadas relativas a la seguridad del paciente y basadas en una taxonomía general que luego permita hacer comparaciones.

Algunas organizaciones han desarrollado qué incidentes deben notificarse como la OCDE o los eventos graves notificables que establece el National Quality Forum. En atención primaria, la National Patient Safety Agency (NPSA), agencia gubernamental del National Health Service (NHS), ha elaborado el documento siete pasos<sup>11</sup> para la seguridad del paciente en atención primaria en el cual aparecen ejemplos de qué debe ser notificado en este ámbito de la salud.

### Otras formas de identificar riesgos

#### Observación puntual y directa

La observación directa está indicada en situaciones que no permiten el uso de otros métodos como por ejemplo para comprobar la adhesión de los profesionales a un determinado protocolo o valorar la calidad y frecuencia en la higiene de manos.

Las ventajas son que permiten al observador identificar desviaciones de la práctica que los propios profesionales son incapaces de detectar y que el observador puede preguntar a los profesionales sobre actitudes y opiniones de un determinado hecho.

Permite encontrar eventos adversos potenciales y reales que no son notificados. Sin embargo tiene algunas desventajas como un consumo de tiempo y de recursos elevado; además en el caso de que sean varios observadores se requiere previo entrenamiento de los mismos y una prueba de pilotaje. La observación sólo se puede llevar a cabo una vez para un mismo acontecimiento y los sujetos observados pueden cambiar su comportamiento cuando conocen que están bajo observación. Esto último podría obviarse en parte con lo que se llama observación a ciegas

#### Valoración/ revisión de historias clínicas/ trigger tool

Se trata de un método clásico y estándar de referencia, para poder averiguar los posibles eventos adversos en la práctica clínica. Una adecuada revisión requiere un protocolo previamente establecido donde se especifica qué se va a revisar y qué variables se van a tener en cuenta.

Algunos autores han desarrollado una metodología específica para detectar errores en las historias clínicas. Esta metodología se conoce en inglés como "trigger tool", su traducción literal es "herramienta gatillo" y su significado más cercano es "herramienta indicio". En la actualidad, el Institute for Healthcare Improvement (IHI) ha desarrollado y probado seis diferentes herramientas del tipo Trigger tool<sup>12,13</sup> (**tabla 5**).

La metodología de esta herramienta consta de dos fases:

- La primera a modo de screenig para detectar en las historias clínicas lo que se llaman "indicios".
- La segunda, de revisión de las historias seleccionadas con el screening previo.

Así por ejemplo la herramienta "trigger tool" de detección de eventos adversos medicamentosos presenta 30 indicios que buscar en las historias clínicas y que son medicamentos específicos o antídotos que se ha tenido que poner al paciente para evitar un efecto adverso o la existencia de resultados anormales de pruebas de laboratorio específicas etc. Si aparece alguno de estos "indicios" hay que hacer una revisión posterior de la historia clínica para valorar el motivo por el cual se utilizó alguno de estos fármacos considerados indicios y particularmente si se hizo en respuesta a un evento adverso.

Por imposibilidad de acceder a todas las historias, se hace muestreo al azar que evite los sesgos y la revisión de la historia debe ser hecha por personas con conocimientos clínicos. Esta herramienta, no obstante, tiene una sensibilidad que puede variar en función del formato y características de los registros de información clínica de los pacientes de cada centro<sup>14</sup>. Por ello debería seguir investigándose.

#### Sesiones clínicas/ de casos.

Se trata de reuniones donde se presentan casos con eventos adversos que surgen durante la atención al paciente. Su finalidad debe ser claramente docente y de mejora. Su implantación en un equipo es un indicador de calidad, ya que ayudan a desarrollar una actitud reflexiva y constructiva sobre la propia actuación profesional. Suelen darse en organizaciones que tienen un importante desarrollo de cultura de seguridad del paciente y sus objetivos son: aprender de las complicaciones y errores para mejorar el cuidado de los pacientes, crear un clima de apertura, dar un cauce a la comunicación y discusión de errores médicos, mejorar la seguridad y buscar soluciones a las complicaciones.

Son útiles los siguientes tipos de casos clínicos:

- Pacientes que han sufrido complicaciones inesperadas o algún evento adverso.
- Errores de medicación.
- Pacientes que han tenido un incidente, o error potencial que no ha llegado a producir daño.
- También se pueden incluir casos complejos, poco corrientes o atípicos con interés docente.

#### Estudio de reclamaciones.

El estudio de las reclamaciones es una fuente importante de conocimiento en seguridad de los pacientes. Sin embargo, exceptuando las reclamaciones patrimoniales que tienen un tratamiento distinto, no existe un sistema de clasificación específico para saber qué

reclamaciones están relacionadas con la seguridad del paciente.

Las categorías en las que se incluyen estas reclamaciones dependen de cada una de las comunidades autónomas, siendo las más frecuentes cuando se quieren buscar problemas de seguridad, las siguientes<sup>15</sup>:

- Disconformidad con la asistencia y/o trato recibido y/o diagnóstico.
- Atentado contra la integridad de la persona.
- Error asistencial.
- Reclamaciones por complicaciones.
- Muerte del paciente.

#### Herramientas de análisis

Tanto el AMFE (análisis modal de fallos y efectos), como el ACR (análisis causa raíz) son herramientas que sirven también para la identificación de riesgos. El AMFE de manera proactiva y el ACR de manera reactiva.

Para el estudio de dichas herramientas remitimos a los capítulos dedicados a las mismas.

#### Otras herramientas

Para identificar riesgos se pueden usar otras herramientas de uso habitual en gestión de calidad como: la tormenta de ideas, o la técnica de grupo nominal, ambas para generar ideas, aunque la técnica de grupo nominal va más allá y pretende incluso analizar y evaluar dichas ideas, gracias a una metodología bien estructurada en distintas fases (**tabla 6**).

#### **Priorización del riesgo**

Una vez identificados los riesgos hay que priorizar sobre cuáles de ellos actuar en primer lugar. El dar prioridad a uno o a varios problemas no supone la exclusión del resto, sino que constituye un sistema de organización del trabajo, que relativiza los problemas en función de su importancia. La evaluación del riesgo es el proceso que ayuda a las organizaciones de atención primaria a comprender la variedad de riesgos que afrontan (tanto interna como externamente), el nivel de capacidad para controlar esos riesgos, su probabilidad de incidencia y su impacto potencial.

Existen diversas técnicas para la selección de prioridades, desde métodos generales de clasificación ordenada (escala de medida lineal, comparación por pares, ponderación, etc.), como otros más específicos de la planificación sanitaria, entre los que se encuentran las matrices de evaluación, el método Hanlon o la ponderación de criterios.

#### Matriz de evaluación de riesgos

Se utiliza para identificar riesgos relacionados con su probabilidad de incidencia y gravedad del impacto; combinando juicios con análisis numéricos. Una matriz de riesgo puede utilizarse para valorar incidentes de seguridad del paciente que ya han sucedido, aquellos que hayan sido evitados y riesgos potenciales. Su uso nos ayuda a estimar las posibilidades de que suceda o se repita un incidente, teniendo en cuenta las medidas establecidas para prevenirlo. Las posibilidades están consideradas desde altamente improbables hasta muy probables, ayudando a una organización a plantearse vías para reducirlo

#### Variables de la matriz de riesgos

La matriz de riesgos analiza la relación entre “magnitud” y “trascendencia” (ver **figura 1**). La “**magnitud**” se expresa en términos de probabilidad de aparición o frecuencia en función de la información recogida de los estudios epidemiológicos disponibles. También podemos obtener esta información de la monitorización de los indicadores de seguridad. Así, clasificaremos la magnitud en frecuente, probable, ocasional, infrecuente y raro.

La “**trascendencia**” se realiza mediante la estimación de dos componentes, la gravedad clínica y el impacto de otro tipo que puede suponer la aparición del evento. La gravedad clínica puede ir desde el fallecimiento a molestias de escasa relevancia. La escala que se propone, de mayor a menor gravedad, es exitus, amenaza de muerte, incapacidad permanente o total, intervención médica o quirúrgica, prolongación de estancia o reingreso.

Que ocurran determinados eventos adversos puede tener repercusiones sociales, económicas, judiciales... de impacto variable. Este impacto puede clasificarse en catastrófico, importante, moderado, pequeño o insignificante.

Esta matriz permite agrupar el riesgo en las siguientes categorías riesgos intolerables por su altísima probabilidad y trascendencia; importantes, con menor probabilidad y repercusiones; moderados, de trascendencia moderada o tolerable y probabilidad media de aparición; y bajos, debido a su escasa frecuencia y relevancia. La matriz de evaluación de riesgos debe ser completada con el estudio de las posibilidades de prevención. Para ello, debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La factibilidad clínica, por medio de un análisis de la evidencia disponible sobre los métodos de prevención.
- La factibilidad económica y el coste-oportunidad de las actividades dirigidas a la prevención.
- La estrategia de reducción, considerando si va a ser por medio de normativas, controles, nueva tecnología, etc.
- El previsible riesgo residual tras el desarrollo de un programa de prevención.

En función de estos criterios, el riesgo puede considerarse inevitable, reducible o evitable. La prioridad de intervención será mayor cuanto más importante sea el riesgo y la factibilidad de la intervención.



© Revista Clínica Electronica en Atención Primaria, 2003